

KAPASITAS PEMERINTAH KOTA BATU DALAM PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Marcelina Ambhika MD, Sarwono, Mohamad Makmur

Jurusan Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya, Malang

E-mail: a_mbhik_a@yahoo.co.id

Abstract: *In Indonesia, a region gets the right to autonomy according to conditions, capabilities, and needs of the region. This study aims to describe and analyze the capacity, performance, and the factors that influence the Batu City Government health service program for the poor. The research uses descriptive research, a qualitative approach and CDA. The results showed that the results achieved, Batu City Government has a good capacity in the health service program for the poor. However, with the increasing number of recipients Jamkesmas means the Central Government assume the number for poor in Batu City increases. With the high economic growth, natural conditions and infrastructure that supports the health, health human resources who have the ability and enough quantity, and high fiscal capacity, the Batu City considered capable to provide health services to the poor communities independently. Suggestions given are Batu City has the right to autonomy means having the capacity to convey to Central Government to reduce the amount of quota recipients Jamkesmas so it can be diverted to other regions that more in need of the program.*

Keywords: *Batu City, capacity, service, health, jamkesmas, poor*

Abstrak: *Di Indonesia, suatu daerah mendapat hak otonomi sesuai dengan keadaan, kemampuan, dan kebutuhan daerah. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisa kapasitas, kinerja, dan faktor-faktor yang mempengaruhi Pemkot Batu dalam program pelayanan kesehatan bagi miskin. Penelitian menggunakan penelitian deskriptif, pendekatan kualitatif dan CDA. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan hasil yang dicapai, Pemkot Batu memiliki kapasitas yang baik dalam program pelayanan kesehatan bagi miskin. Namun, dengan bertambahnya jumlah penerima Jamkesmas berarti Pemerintah Pusat menganggap jumlah miskin di Kota Batu juga bertambah. Dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi, kondisi alam dan sarana-prasarana kesehatan yang mendukung, SDM Kesehatan yang memiliki kemampuan dan jumlah cukup, serta kapasitas fiskal yang tinggi, maka Kota Batu dianggap mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi maskinnya secara mandiri. Saran yang diberikan adalah Kota Batu memiliki hak otonomi, berarti memiliki kapasitas menyampaikan pada Pemerintah Pusat untuk mengurangi jumlah kuota penerima Jamkesmas sehingga dapat dialihkan untuk daerah lain yang lebih membutuhkan program tersebut.*

Kata kunci: Kota Batu, kapasitas, pelayanan, kesehatan, jamkesmas, miskin

Pendahuluan

Otonomi daerah di Indonesia merupakan pemberian hak, wewenang dan kewajiban daerah untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri. Hak itu diperoleh melalui penyerahan urusan pemerintahan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah sesuai dengan keadaan, kemampuan, dan kebutuhan daerah untuk menerima sesuatu hak otonomi. Hasil yang diharapkan dari otonomi seperti yang dikemukakan oleh Rasyid (1997, h.102) bahwa pemberian otonomi menghasilkan

pemberian pelayanan publik yang lebih memuaskan, pengakomodasian partisipasi masyarakat, pengurangan beban pemerintah pusat, penumbuhan kemandirian dan kedewasaan daerah, serta penyusunan program yang lebih sesuai dengan kebutuhan daerah. Salah satu urusan yang diserahkan kepada Pemerintah Daerah adalah penanganan bidang kesehatan.

Dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga negara.

Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar masyarakat terpenuhi hak hidup sehatnya. Untuk menjamin terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduk termasuk penduduk miskin dan tidak mampu, pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pemerintah menyadari bahwa masyarakat, terutama masyarakat miskin, sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi hak rakyat atas kesehatan, pemerintah mengalokasikan dana bantuan sosial sektor kesehatan yang digunakan sebagai pembiayaan bagi masyarakat, khususnya masyarakat miskin, bantuan sosial tersebut direalisasikan dalam bentuk Jamkesmas yang penyelenggaraannya dalam skema asuransi sosial. Pelaksanaan dari pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmas dimana sasarannya terdapat di daerah maka dibutuhkan adanya peran Pemerintah Daerah yang merupakan pelaksana program-program nasional yang sasarannya ada di daerah, sehingga dalam hal ini pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin ini dapat berjalan sebagaimana mestinya.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, maka permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana kapasitas Pemerintah Kota Batu dalam program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin?
2. Bagaimana kinerja Pemerintah Kota Batu dalam melaksanakan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin?
3. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin?

Tinjauan Pustaka

A. Konsep Kapasitas

Milen (2004, h.12) dalam Sari (2012, h.18) menyebutkan kapasitas adalah

kemampuan individu, organisasi atau sistem untuk menjalankan fungsi sebagaimana mestinya secara efisien, efektif dan terus-menerus. Istilah “sebagaimana mestinya” menegaskan bahwa fungsi tersebut harus spesifik dan didefinisikan dalam setiap kasus yang harus disesuaikan dengan dasar beberapa kriteria. Dalam prakteknya, fungsi sebagaimana mestinya diterapkan dalam arti bahwa kapasitas tersebut harus dikaitkan dengan tugas pokok yang diterapkan dari pekerjaan tim organisasi atau sistem.

Dalam pemikiran dewasa ini adalah kaitannya dengan manajemen strategis, kemudian fungsi dianggap sesuai jika telah turut menyumbang tercapainya misi dan tujuan strategis dari tim, organisasi atau sistem. Bagaimanapun kurang memperhatikan tugas inti bukan berarti kurang memperhatikan perlunya untuk menyesuaikan kapasitas dengan kebutuhan-kebutuhan dan tantangan-tantangan baru. Brown (2003, h.9) dalam Sari (2012, h.19-20) juga mengemukakan pemahaman mengenai kapasitas:

“What exactly “capacity” and how can it be measured ? There is a multitude of concept and definition about what exactly “capacity” is. Usually they all refer to the abilities of individuals or organizations to perform functions and to achieve stated objectives. However, capacity means more than technical competence, or the availability of sufficient financial or material resources. The capacity concept includes how such “inputs” area being applied and used to produce certain outputs, results, outcome. May authors see capacity as something that is dynamic, multidimensional, and directly or indirectly influenced by conceptual factors”.

(Apakah sebenarnya kapasitas itu dan bagaimana cara mengukurnya? Ada sangat beragam konsep dan definisi atas istilah “capacity” tersebut. Umumnya kapasitas adalah kemampuan dari individual atau organisasi untuk menunjukkan fungsinya dan mendapatkan nilai obyektifnya.

Bagaimanapun juga kapasitas berarti lebih dari sekedar kompetisi teknik, atau ketersediannya kemampuan finansial atau sumber materi. Konsep kapasitas juga mengandung bagaimana suatu input digunakan dan diterapkan untuk menghasilkan output tertentu, hasil dan pengeluaran. Banyak pengarang atau penulis melihat kapasitas sebagai sesuatu yang dinamis, multidimensional dan secara langsung atau tidak langsung dipengaruhi faktor kontekstual).

Kapasitas tidak berdiri sendiri, tetapi dikaitkan dengan kinerja, sebagai contoh, cara kerja yang buruk dari seseorang, organisasi atau sistem dikaitkan dengan tujuan atau kriteria kinerja bisa dikarenakan oleh banyaknya kelemahan kapasitas atau yang oleh Milen (2004, h.35) disebut sebagai kelonggaran kapasitas.

B. Peran Pemerintah Daerah

Muluk (2007, h.57) mengemukakan bahwa pandangan tradisional tentang peran pemerintah selalu mengacu pada apa yang diungkapkan oleh Adam Smith dalam bukunya yang terkenal "*Wealth of Nations*". Pandangan ini menempatkan peran pemerintah secara terbatas hanya pada pertahanan, pengadilan, dan polisional.

Selanjutnya Musgrave dan Musgrave (1991) dalam Muluk (2007, h.58) mengungkapkan bahwa peran pemerintah berkembang menjadi fungsi alokasi, fungsi distribusi, dan fungsi stabilisasi. Fungsi alokasi menunjukkan peran pemerintah untuk mengatasi kegagalan mekanisme pasar dengan menyediakan *public goods*, atau dengan mengalokasi seluruh sumber dana yang ada agar dapat dipergunakan, baik sebagai *private* maupun *public goods* dan menentukan komposisi dari *public goods*. Regulasi yang dilakukan pemerintah juga termasuk dalam fungsi alokasi ini. Selanjutnya, fungsi distribusi merupakan tugas pemerintah untuk melakukan penyesuaian terhadap distribusi pendapatan dan kekayaan guna menjamin terpenuhinya kondisi yang adil dan merata. Sedangkan fungsi stabilisasi merupakan penggunaan kebijakan anggaran sebagai suatu alat untuk

mencapai tingkat kesempatan kerja yang tinggi, tingkat stabilitas yang semestinya, dan laju pertumbuhan ekonomi yang tepat.

C. Pelayanan Bidang Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk upaya kesehatan sebagaimana dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Upaya kesehatan yang dimaksud adalah yang merata dan terjangkau oleh masyarakat di seluruh wilayah termasuk fakir miskin dan orang terlantar.

2. Standard Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/ MENKES/ PER/ VII/ 2008 Menteri Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan standard pelayanan minimal di bidang kesehatan meliputi :

- a. Pelayanan Kesehatan Dasar:
 - 1) Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 95% pada Tahun 2015;
 - 2) Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80% pada Tahun 2015;
 - 3) Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada Tahun 2015;
 - 4) Cakupan pelayanan nifas 90% pada Tahun 2015;
 - 5) Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada Tahun 2010;
 - 6) Cakupan kunjungan bayi 90%, pada Tahun 2010;
 - 7) Cakupan Desa/Kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI) 100% pada Tahun 2010;
 - 8) Cakupan pelayanan anak balita 90% pada Tahun 2010;
 - 9) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin 100% pada Tahun 2010;
 - 10) Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100% pada Tahun 2010;

- 11) Cakupan Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat 100% pada Tahun 2010;
 - 12) Cakupan peserta KB aktif 70% pada Tahun 2010;
 - 13) Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada Tahun 2010;
 - 14) Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015.
- b. Pelayanan Kesehatan Rujukan
- 1) Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015;
 - 2) Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/ Kota 100% pada Tahun 2015.
- c. Penyelidikan *Epidemiologi* dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa/ KLB Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan *epidemiologi* < 24 jam 100% pada Tahun 2015.
- d. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015.

3. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin

a. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Jamkesmas adalah bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah, diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2008 dan merupakan perubahan dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin yang diselenggarakan pada tahun 2005 s.d. 2007.

Pelaksanaan program Jamkesmas mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/MENKES/ Per/ V/ 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, yaitu:

- a) Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin;
- b) Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional;
- c) Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas; dan
- d) Efisien, transparan dan akuntabel.

b. Pengembangan Jaminan Kesehatan di Daerah (Jamkesda)

Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan di luar kuota sasaran yang sudah tercakup dalam program Jamkesmas (Nasional), Pemerintah Daerah Propinsi/Kabupaten/Kota yang memiliki kemampuan sumber daya memadai dapat mengelola dan mengembangkan program Jamkesda di daerahnya masing-masing. Untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan di daerah, agar terjadi harmonisasi dan sinkronisasi maka mekanisme penyelenggaraannya seyogyanya mengikuti pula prinsip-prinsip asuransi sosial seperti:

- a. tidak bersifat komersial (nirlaba).
- b. pelayanan bersifat komprehensif.
- c. portabilitas.
- d. kendali mutu dan kendali biaya.
- e. efisien dan efektif, transparan, akuntabel.

Selain memenuhi prinsip tersebut di atas, agar pelaksanaannya di lapangan dapat berjalan dengan baik, berkesinambungan (*sustainable*) serta tidak menimbulkan duplikasi (anggaran, sasaran dan *benefit* yang diterima) maka beberapa hal penting perlu diperhatikan sebelum menyelenggarakan Jamkesda, adalah sebagai berikut:

- a. kemampuan sumber daya yang cukup dan berkualitas.
- b. keterjangkauan Sarana dan Prasarana Pelayanan (*accessible*).
- c. rujukan yang terstruktur dan berjenjang.
- d. Sistem Pencatatan dan Pelaporan yang terintegrasi dengan Jamkesmas.
- e. harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan *Critical Discourse Analysis* (Analisis Wacana Kritis). Fokus dalam penelitian ini adalah:

1. Kapasitas Pemkot Batu dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dilihat dari kemampuan menjalankan fungsi alokasi, distribusi, dan stabilisasi
2. Kinerja Pemkot Batu dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin berdasarkan indikator MDGs, seperti: Memberantas kemiskinan dan kelaparan, menurunkan kematian anak, dan menurunkan kematian ibu
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang terdiri dari faktor pendukung dan penghambat.

Penelitian ini mengambil lokasi di Kota Batu. Dipilihnya Kota Batu sebagai lokasi penelitian karena kota ini terdapat potensi yang baik mengenai pengembangan kesehatan masyarakatnya melalui pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Selain itu, selama ini perekonomian Kota Batu menunjukkan perkembangan yang cukup baik dari tahun ketahun. Perbaikan infrastruktur yang memadai dan ditunjang dengan kebijakan pemerintah dalam peningkatan ekonomi, maka pertumbuhan ekonomi Kota Batu mencapai 8,04% pada tahun 2011. Namun hal itu juga mengakibatkan bertambahnya jumlah masyarakat miskin di Kota Batu yang pada tahun 2012 yang mencapai 5.439 keluarga. Dengan tingkat pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi tersebut, Kota Batu dianggap mampu memenuhi kebutuhan masyarakatnya di bidang kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Adapun yang dimaksud dengan situs penelitian adalah tempat atau lokasi yang akan dijadikan sebagai tempat untuk memperoleh data dan informasi yang

digunakan untuk menjawab permasalahan sesuai dengan fokus penelitian yang ingin diteliti. Penelitian ini mengambil situs pada, Dinas Kesehatan Kota Batu dengan tujuan pada dinas tersebut akan diperoleh gambaran, deskripsi, validasi dan aktualisasi data yang berhubungan dengan penelitian.

Pembahasan

1. Kapasitas Pemerintah Kota Batu dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin

a. Fungsi Alokasi

Fungsi alokasi menunjukkan peran pemerintah untuk mengatasi kegagalan mekanisme pasar dengan menyediakan *public goods*, atau dengan mengalokasi seluruh sumber dana yang ada agar dapat dipergunakan, baik sebagai *private* maupun *public goods* dan menentukan komposisi dari *public goods*. Di Kota Batu komposisi dari *public goods* jauh lebih kecil dari *private goods* yang ditunjukkan dengan banyaknya jumlah praktek dokter perorangan dan praktek pengobatan tradisional.

b. Fungsi Distribusi

Distribusi tenaga kesehatan lebih banyak berada di rumah sakit dari pada puskesmas dan sarana kesehatan lainnya. Sedangkan distribusi sarana kesehatan sudah merata di 3 kecamatan di Kota Batu.

c. Fungsi Stabilisasi

Fungsi stabilisasi merupakan penggunaan kebijakan anggaran sebagai suatu alat untuk mencapai tingkat kesempatan kerja yang tinggi, tingkat stabilitas yang semestinya, dan laju pertumbuhan ekonomi yang tepat.

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) adalah total nilai produksi barang dan jasa yang diproduksi dalam waktu tertentu (1 tahun). Dalam penghitungannya nilai PDRB didasarkan atas dasar harga berlaku dan atas dasar harga konstan. Pertumbuhan ekonomi dapat diukur dari PDRB atas dasar harga konstan, sehingga pertumbuhan ini sudah tidak dipengaruhi faktor harga atau dengan kata lain benar-benar murni disebabkan oleh kenaikan produksi sektor pendukungnya.

Pada tahun 2011, perekonomian Kota Batu menunjukkan proses pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi. Seluruh sektor kegiatan memberikan sumbangan yang positif terhadap pertumbuhan Produk Domestik regional Bruto (PDRB) yang cukup tinggi yakni 8,04%, yang berarti sedikit lebih lambat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Meskipun pertumbuhan pada 2011 cukup tinggi, namun ditinjau dari struktur produksi sektoral, pertumbuhan yang terjadi kurang mencerminkan pondasi yang menggembirakan bagi pertumbuhan yang lebih berkelanjutan, terutama mengingat masih rendahnya pertumbuhan Sektor Industri Pengolahan yang mempunyai keterkaitan hulu-hilir terbesar.

Terlepas dari masih rendahnya angka pertumbuhan Sektor Industri Pengolahan Kota Batu, kecenderungan laju pertumbuhan yang terus meningkat sejak tahun 2001 sebenarnya memberikan momentum yang baik bagi proses peningkatan pertumbuhan ekonomi. Namun demikian, momentum tersebut belum sepenuhnya dapat dimanfaatkan secara optimal. Dari struktur produksi, rendahnya pertumbuhan sektor industri menyebabkan kenaikan permintaan konsumsi tidak sepenuhnya dapat dipenuhi oleh produksi lokal. Kesenjangan antara produksi dengan permintaan ini diisi oleh barang-barang yang berasal dari daerah lain atau impor sebagaimana terindikasi oleh kenaikan impor barang konsumsi dari daerah lain.

Dengan pola pertumbuhan seperti yang telah diuraikan di atas, angka pertumbuhan yang dihasilkan lebih rendah dari tahun sebelumnya, struktur perekonomian masih kurang memberi pondasi yang kuat bagi pertumbuhan yang berkesinambungan.

Tingkat inflasi Kota Batu selama tahun 2011 yang diukur dengan indeks implisit PDRB mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya yaitu dari 6,18% menjadi 5,12%. Berdasarkan sektor ekonomi, laju inflasi pada laporan terutama berasal dari sektor pertanian mencatat kenaikan sebesar 6,79%. Pada urutan kedua dan ketiga berasal dari sektor bangunan dan perdagangan, hotel dan restoran yaitu sebesar 5,19% dan 5,10%. Kebijakan pemerintah untuk memberikan gaji ke-13

dan kenaikan gaji PNS sebesar 10% mengakibatkan sub sektor Pemerintahan memberi sumbangan terbesar bagi sektor Jasa. Sementara itu, sektor pertambangan dan penggalian mencatat inflasi paling rendah dibanding sektor-sektor lainnya.

2. Kinerja Pemerintah Kota Batu dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin

Dari tujuh tujuan yang ada dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) beserta indikator-indikator dari masing-masing tujuan, yang secara langsung dan tidak langsung terkait dengan masalah kemiskinan dan kesehatan, seperti: prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk, Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI), dan proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan, semuanya telah dicapai oleh Kota Batu, bahkan semuanya melampaui target dari MDGs 2015. Meskipun terdapat satu indikator yang belum tercapai di Kota Batu pada tahun 2011, yaitu masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), tetapi dengan sarana prasarana pelayanan kesehatan yang bisa dikategorikan lengkap, baik yang dikelola pemerintah, swasta, maupun yang berbasis masyarakat (posyandu, desa siaga), jumlah tenaga kesehatan yang cukup mumpuni dan berkompeten dibidangnya untuk memberi pelayanan kesehatan, jumlah anggaran yang besar dari berbagai sumber baik dari dalam atau luar negeri, dan mengingat perekonomian Kota Batu menunjukkan proses pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi yang berdampak pada meningkatnya jumlah pendapatan daerah Kota Batu, maka Kota Batu dinilai mampu memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakatnya termasuk masyarakat miskin.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pemerintah Kota Batu dalam menjalankan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin

a. Komitmen politik

Komitmen politik para penyelenggara negara terhadap hak atas kesehatan warga dapat diketahui dari besarnya anggaran di daerah untuk kesehatan. Di Kota Batu, alokasi belanja langsung kesehatan sebesar

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target	Capaian Kota Batu
Prevalensi balita dengan berat badan rendah / gizi kurang	37,5% (1990)	(Riskesdas 2007): 18,4%	(MDGs 2015): 18,5% (RPJMN 2014): < 15%)	5,45%
Prevalensi balita gizi buruk	(Susenas 1989): 6,3%	(Riskesdas 2007): 5,4%	(MDGs 2015): 3,15%	0,12%
Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup	1991 : 68 (SDKI)	2007 : 34 (SDKI)	(MDGs 2015): 23	10,4
Angka Kematian Balita (AKBA) per 1.000 kelahiran hidup	1991 : 97 (SDKI)	2007 : 44 (SDKI)	(MDGs) 2015: 32	1, 3
Angka kematian neonatal (per 1.000 kelahiran hidup)	1991 : 32 (SDKI)	2007 : 19 (SDKI)	-	4,7
Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	390 (SDKI 1990)	228 (SDKI 2007)	(MDGs 2015): 102 (RPJMN 2014): 118	134,5
Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	47,2% (Susenas 1994)	77,4% (Susenas 2009)	(RPJMN 2014): 90%	99,9%

selama tujuh tahun berturut-turut tidak sampai mencapai 3% dari total anggaran belanja Kota Batu (APBD II). Sedangkan besar anggaran kesehatan daerah bersumber APBD II dibandingkan dengan total APBD Kabupaten/Kota adalah 4,07%. Padahal, dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan mengamanatkan pemerintah untuk mengalokasikan anggaran pembangunan kesehatan diluar gaji pegawai minimal 10% dari total anggaran belanja. Hal ini membuktikan bahwa Kota Batu masih belum memprioritaskan sektor kesehatan.

b. Akses informasi kesehatan

Masyarakat berhak mendapatkan informasi kesehatan yang memadai dan berhak memilih sarana kesehatan. Penggunaan istilah bidang kedokteran yang kurang familiar bagi para pasien seringkali mempersulit hubungan antara dokter dan pasien. Kebanyakan masyarakat mengandalkan asas “kepercayaan” terhadap

penyedia layanan tanpa mengetahui lebih jauh tentang kebutuhan yang sebenarnya mereka butuhkan.

c. Payung Hukum (Peraturan)

Meskipun urusan kesehatan telah didesentralisasikan kepada Pemerintah Daerah, namun dalam prakteknya program Jamkesmas masih bersifat *top down* yang belum tentu sesuai dengan kebutuhan daerah. Sedangkan untuk penyelenggaraan Jamkesda, di Kota Batu belum memiliki peraturan tersendiri dan masih mengikuti Perda yang dimiliki Pemerintah Provinsi.

Kota Batu ditinjau dari kondisi topografinya didominasi wilayah perbukitan dan pegunungan, hal ini menjadikan Kota Batu memiliki hawa yang sejuk. Lahan yang dimiliki sebagian besar adalah lahan yang tergolong subur sehingga sektor pertanian dan perkebunan berkembang dengan cukup baik. Dengan kondisi alam yang dimiliki ini, juga menjadi daya tarik para investor untuk menanamkan modal di daerah yang terkenal

dengan daerah dingin untuk mengembangkan potensi Kota Batu sebagai tujuan wisata. Selain itu, kondisi alam yang sejuk dan subur tersebut, secara tidak langsung mendukung masyarakat Kota Batu memiliki derajat kesehatan yang baik atau tinggi.

Situasi derajat kesehatan suatu daerah dapat dilihat dari Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang terdiri dari 20 indikator. IPKM adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan yang dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Susenas (Survey Ekonomi Nasional), dan Survey Podes (Potensi Desa). Pada penelitian ini, hanya ditampilkan tiga indikator utama yang mewakili pencapaian pembangunan kesehatan masyarakat (khususnya yang berhubungan dengan masalah kemiskinan) yang terkait dengan tujuan-tujuan dalam MDGs yaitu: angka kematian ibu, angka kematian anak, dan status gizi.

Dari data-data yang diperoleh dari berbagai sumber, diolah, dan dipaparkan sebelumnya dapat dikatakan bahwa masyarakat Kota Batu tergolong masyarakat yang sehat. Hal ini dapat dilihat dari capaian-capaian indikator yang melampaui target yang diharapkan. Dan seperti yang dipaparkan sebelumnya, bahwa kesehatan penduduk yang baik maka pertumbuhan ekonomi akan baik pula. Hal yang sama terjadi di Kota Batu. Dari segi perekonomian, pada tahun 2011 perekonomian Kota Batu menunjukkan proses pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi. Seluruh sektor kegiatan memberikan sumbangan yang positif terhadap pertumbuhan Produk Domestik regional Bruto (PDRB) yang cukup tinggi.

Namun hal ini berbanding terbalik dengan jumlah masyarakat miskin yang ada di Kota Batu. Dari tahun ketahun jumlah masyarakat juga meningkat, walaupun jumlahnya turun tetapi tidak signifikan. Hal tersebut dapat diketahui dari jumlah masyarakat miskin penerima program-program pengentasan kemiskinan, seperti Jamkesmas dan Raskin. Kuota penerima kartu Jamkesmas di Kota Batu pada tahun 2011 adalah sejumlah 19.797. Padahal, menurut data yang dikeluarkan Aliansi

SAPA Indonesia, jumlah masyarakat miskin di Kota Batu 2011 sebanyak 9.100 jiwa (<http://www.sapa.or.id/2013-05-13-14-18-32/data-umum?id=209>, diakses pada 6 Juni 2013). Sedangkan pada tahun 2013 Pemerintah Pusat menambah kuota bagi calon penerima kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sebanyak 5.000. Dengan tambahan sebanyak ini, sekarang jumlah calon penerima kartu tersebut menjadi sekitar 39.000 (<http://news.malang-online.com/kuota-jamkesmas-bertambah>, diakses pada Rabu, 6 Pebruari 2013).

Penambahan itu menunjukkan bahwa Pemerintah Pusat melihat ada penambahan orang miskin dan pra miskin di kota wisata ini. Jumlah ini semakin banyak karena pra miskin, seperti *sadikin* (sakit sedikit langsung miskin) dimasukkan. Penambahan kuota itu tidak sesuai dengan kondisi pertumbuhan ekonomi di Batu yang mengalami kenaikan. Kalau jumlah penerima kartu Jamkesmas masih tinggi berarti angka kemiskinan masih tinggi pula.

Secara teori, kebijakan Jamkesmas sebenarnya bersifat *bottom up*, hal ini ditunjukkan dengan mekanisme penetapan jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu dalam program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Dengan mengacu pada data BPS, Pemerintah Kota Batu melalui keputusan Bupati/ Walikota menetapkan jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu. Namun untuk jumlah sasaran (kuota) peserta Jamkesmas ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Dengan diterimanya *drop-drop* data penerima kartu Jamkesmas dari pusat maka Kota Batu tidak dapat *mengutak-atik* data tersebut. Kota Batu melalui Dinas Kesehatan hanya memverifikasi data dari pusat. Sehingga dengan demikian kebijakan Jamkesmas ini pada prakteknya di lapangan menjadi bersifat *top down*. Apabila dilihat dari capaian indikator-indikator dalam MDGs tersebut yang semuanya dapat dicapai, maka seharusnya data jumlah penerima kartu Jamkesmas yang diberikan pusat berkurang karena dengan capaian yang diraih Kota Batu menunjukkan bahwa masyarakat Batu tergolong sehat. Mengingat Kota Batu adalah daerah otonom dimana urusan bidang kesehatan merupakan urusan yang

didesentralisasikan, dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi, kondisi alam dan sarana-prasarana kesehatan dasar yang mendukung, SDM Kesehatan yang memiliki kemampuan cukup, serta kemampuan (kapasitas) fiskal yang tinggi, maka Pemerintah Kota Batu dianggap mampu untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskinnya secara mandiri. Sehingga jatah Jamkesmas untuk Kota Batu bisa dikurangi dan dialihkan untuk daerah lain yang lebih membutuhkan program Jamkesmas tersebut.

Apabila Kota Batu bisa mengurangi ketergantungan Jamkesmas kepada Pusat itu akan menjadi nilai lebih untuk Pemerintah Kota Batu. Pemerintah Pusat sebenarnya akan dengan senang hati jika ada daerah yang mampu menyatakan diri siap mandiri. Hal ini tentunya juga akan membanggakan karena Kota Batu bisa menjadi daerah percontohan untuk daerah lain yang secara ekonomi dan lain-lain memiliki kemampuan (kapasitas) yang sama atau lebih dari Kota Batu agar tidak bergantung dengan Jamkesmas dari Pusat, melainkan dapat memenuhi kebutuhan layanan kesehatan masyarakatnya secara mandiri. Dengan berkurangnya persentase data penerima kartu Jamkesmas, siapa tahu bisa ada program-program lain yang diajukan Kota Batu kepada Pusat dapat lebih diperhatikan. Misalnya dari program-program yang ada, program mana yang sekarang lebih dibutuhkan Kota Batu. Jadi bisa ada pengalihan bantuan untuk Kota Batu. Tidak mengambil atau hanya sedikit mengambil Jamkesmas, tetapi bisa meminta agar program lain yang lebih dibutuhkan masyarakat Batu.

Kesimpulan

1. Kapasitas Pemerintah Kota Batu dalam program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, dilihat dari kemampuan dalam menjalankan ketiga fungsinya (fungsi alokasi, distribusi, stabilisasi) sudah berjalan baik. Hal tersebut ditunjukkan dengan penyediaan *public goods* berupa Rumah Sakit dan Puskesmas yang tersebar di setiap kecamatan, serta *private goods* yang didominasi oleh

Praktik Pengobatan Tradisional. Sedangkan untuk tenaga kesehatan Kota Batu memiliki tenaga kesehatan dalam jumlah dan kualifikasi yang cukup, namun untuk jumlah tenaga ahli (ahli kesehatan masyarakat, ahli gizi, dan sanitarian) masih jauh dibawah standar Indonesia Sehat 2010. Dalam menjalankan roda perekonomiannya, perekonomian Kota Batu menunjukkan proses pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi. Seluruh sektor kegiatan memberikan sumbangan yang positif terhadap pertumbuhan Produk Domestik regional Bruto (PDRB).

2. Kinerja Pemerintah Kota Batu dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin bila dilihat dari indikator-indikator dalam tujuan MDGs, maka semua target dalam indikator-indikator tersebut telah tercapai semua bahkan melampaui target yang diharapkan. Namun untuk indikator Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota Batu masih tinggi. Penyebab terjadinya ada dua, yaitu penyebab langsung yang didominasi oleh pendarahan dan sebab tak langsung seperti kemiskinan, tingkat pendidikan yang lemah dan faktor budaya masyarakat.
3. Yang menjadi faktor pendukung Pemerintah Kota Batu dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah adanya sarana prasarana yang memadai, tersedianya tenaga kesehatan dalam jumlah dan kualifikasi yang cukup, pertumbuhan ekonomi yang tinggi, kondisi alam yang didominasi perbukitan mendukung untuk masyarakat Batu memiliki derajat kesehatan yang tinggi. Sedangkan yang menjadi faktor penghambat adalah kurangnya komitmen politik pemerintah dalam mengalokasikan anggaran kesehatan, akses informasi kesehatan masyarakat yang minim, serta tidak adanya perda yang mengatur masalah kriteria miskin dan pelaksanaan jaminan kesehatan di Kota Batu, minimnya peralatan medis yang ada di Puskesmas. Selain itu, masih adanya ketidaksinkronan data jumlah

maskin antara BPS dengan jumlah penerima kartu Jamkesmas yang diverifikasi Dinas Kesehatan dan masyarakat penerima raskin, bisa

menghambat Pemerintah Kota Batu dalam pelaksanaan program upaya pengentasan kemiskinan.

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. (2011) **Kota Batu dalam Angka 2011**. [Internet] Available from: <<http://www.bps.batukota.go.id/kotabatudalamangka2011.html>> [Accesed: 10 Desember 2012]
- Badan Pusat Statistik. (2012) **Kota Batu dalam Angka 2012**. [Internet] Available from: <<http://www.bps.batukota.go.id/kotabatudalamangka2012.html>> [Accesed: 19 Desember 2012]
- DEPKES: Target MDGs Bidang Kesehatan**. [Internet] Available from: <<http://wartapedia.com/home.html>> [Accesed: 17 April 2012]
- Moeloeng, Lexy J. (2008) **Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi**. Bandung, Remaja Rosdakarya.
- Muluk, Khairul. (2007) **Desentralisasi & Pemerintahan Daerah**. Malang, Bayumedia.
- Purbani, Widyastuti. (2009) **Analisis Wacana Kritis dan Analisis Wacana Feminis (Critical Discourse Analysis and Feminist Discourse Analysis)**. Jakarta, Media Jaya.
- Rasyid, M. Ryaas. (1997) **Kajian Awal Birokrasi Pemerintahan dan Politik Orde Baru**. Jakarta, Yasir Watampone.
- Sari, Kariza Minetta. (2012) **SKRIPSI: Peningkatan Kapasitas Untuk Meningkatkan Responsivitas Organisasi di Sekretariat Daerah Kabupaten Mojokerto**. Malang, FIA, UB.
- Sugiono (2008) **Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif**. Bandung, Alfabeta.
- Wiyono, Suko. (2006) **Otonomi Daerah Dalam Negara Hukum Indonesia**. Jakarta, Faza Media.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/Menkes/Per/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat**. [Internet] Available from: <<http://www.bpkp.go.id/unit/hukum/permenkes/2010.pdf>> [Accesed: 19 Desember 2012]
- Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah**. Surabaya, Serba Jaya.
- UU No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan**. [Internet] Available from: <<http://www.bpkp.go.id/unit/hukum/undang-undang/2009.pdf>> [Accesed: 12 Maret 2013]